

★同意施打，紅色框框內資料要填。請用原子筆填寫。  
接種前自我評估這 4 題請先填寫，施打現場醫師會再次確認。

## Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗 5 至 17 歲接種評估暨意願書

嘉義市 學校名稱：\_\_\_\_\_

1.我已  
用及  
者，請  
二劑。第  
二劑。

若要在校補打基礎第一劑或基礎第二劑  
擇一勾選。未打第一劑，不能打第  
一劑與第二劑接種要間隔 120 天

瞭解疫苗之保護效力、副作

基礎劑第一劑

基礎劑第二劑

追加劑(滿 12 歲以上)

同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

不同意

2.接種方式(擇一勾選)

於校園集中接種

至衛生所/合約醫療院所接種

3.接種資訊

學生姓名：\_\_\_\_\_ ( 年 班 號 )

身分證/居留證/護照字號：\_\_\_\_\_

**學生身分證號**

出生日期：( 西元 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

家長簽名 **字跡工整，請簽全名**

身分證/居留證/護照字號：

**家長身分證號**

◆ 接種前自我評估

評 估 內 容	評 估 結 果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史或任何嚴重不良反應。		
2. 現在身體有無不適病徵(如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫：\_\_\_\_\_ °C

適合接種

不適宜接種；原因\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_

醫師簽章：\_\_\_\_\_

**施打時醫師填寫**

請用原子筆填寫。

勾選不同意接種，只要填紅色框框資料就好。其他不須填

## Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

### 5 至 17 歲接種評估暨意願書

嘉義市 學校名稱：\_\_\_\_\_

1.我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19 學生接種須知，瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

<input type="checkbox"/> 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗	<input type="checkbox"/> 基礎劑第一劑
	<input type="checkbox"/> 基礎劑第二劑
	<input type="checkbox"/> 追加劑(滿 12 歲以上)
<input checked="" type="checkbox"/> 不同意	

2.接種方式(擇一勾選)

<input type="checkbox"/> 於校園集中接種
<input type="checkbox"/> 至衛生所/合約醫療院所接種

3.接種資訊

學生姓名：\_\_\_\_\_ ( 年 班 號 )

身分證/居留證/護照字號：\_\_\_\_\_

出生日期：(西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

家長簽名：\_\_\_\_\_ 身分證/居留證/護照字號：\_\_\_\_\_

◆ 接種前自我評估

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史或任何嚴重不良反應。		
2. 現在身體有無不適病徵(如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫：\_\_\_\_\_ °C

適合接種  不適宜接種；原因\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_